

ANNÉE 1951

THÈSE

368

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Jean-René-Emile CLATZ

Ancien Interne des Hôpitaux d'Orléans

Né le 5 Février 1921, à BLOIS (Loir-et-Cher)

Présentée et soutenue publiquement le

**CONTRIBUTION AU DIAGNOSTIC
DE L'AGE DES OTO-MASTOÏDITES
DU NOURRISSON,
BASÉE SUR 160 OBSERVATIONS**

Président : M. LEMAITRE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1951

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1951

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Jean-René-Emile CLATZ

Ancien Interne des Hôpitaux d'Orléans

Né le 5 Février 1921, à BLOIS (Loir-et-Cher)

Présentée et soutenue publiquement le

**CONTRIBUTION AU DIAGNOSTIC
DE L'ÂGE DES OTO-MASTOÏDITES
DU NOURRISSON,
BASÉE SUR 160 OBSERVATIONS**

Président : M. LEMAITRE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1951

DOYENS HONORAIRES :

MM. BALTHAZARD, BAUDOUIN.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. AUBERTIN, BALTHAZARD, BASSET, BAUDOUIN, BRINDEAU, E. BRUMPT, CARNOT, CHEVASSU, CHIRAY, CLERC, DELBET, GUILLAIN, HARTMANN, HEITZ-BOYER, LAIGNEL-LAVASTINE, LAUBRY, LEMIERRE, LHERMITTE, LOEPER, MARION, MATHIEU, MULON, OMBRÉDANNE, ROUVIÈRE, SANNIÉ, SÉBILEAU, SÉZARY, TANON.

Doyen LÉON BINET.
Membre de l'Institut.

Assesseur JEAN VERNE.

I. — PROFESSEURS :

	MM.
Anatomie	OLIVIER.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Assistance médico-sociale	N...
Bactériologie	GASTINEL.
Biologie médicale	VERNE.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Clinique de cardiologie	DONZELOT.
Cliniques chirurgicales	BROCQ.
	CADENAT.
	MONDOR.
	QUÉNU.
	N...
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	FEVRE.
Clinique chirurgicale orthopédique	MERLE D'AUBIGNÉ.
Clinique gynécologique	FUNCK-BRENTANO.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies des enfants	DEBRÉ.
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET.
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY.
Clinique des maladies du sang	CHEVALLIER.
Clinique des maladies du système nerveux	ALAJOUANINE.
Cliniques médicales	BÉNARD (H.).
	LAROQUE (Guy).
	LIAN.
	MOREAU.
Clinique médicale propédeutique	P. VALLERY-RADOT
Clinique de Neuro-chirurgie	PETIT-DUTAILLIS.
Cliniques obstétricales	LANTUÉJOUL.
	LÉVY-SOLAL.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique physio-pathologique des problèmes alimentaires (chaire à titre personnel)	RICHT.
Clinique psychiatrique infantile	HEUYER.
Clinique de puériculture	LELONG.
Clinique stomatologique	DECHAUME.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SÈNÈQUE.
Clinique thérapeutique médicale	CHABROL.
Clinique de la Tuberculose	BERNARD (Et.).

Clinique urologique	MM.
Embryologie	FEY.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	GIROUD.
Histologie	BARIÉTY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHAMPY.
Hygiène et clinique de la première enfance	JUSTIN-BESANÇON.
Hygiène et médecine préventive	CATHALA.
Médecine du travail	JOANNON.
Médecine légale	DES OILLE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	PIÉDELIEVRE.
Pathologie chirurgicale	GALLIARD.
	DE GAUDART
	D'ALLAINES.
Pathologie exotique	LAVIER.
Pathologie expérimentale et comparée	LEMAIRE
Pathologie médicale	N...
Pathologie et thérapeutique générales	DE GENNES.
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD.
Physiologie	BINET (Léon).
Physique médicale	STROHL.
Radiologie médicale	DESGREZ (Henri).
Rhumatologie	COSTE.
Technique chirurgicale	MOULONGUET.
Thérapeutique	TURPIN.

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

BULLIARD (*Histologie*), CORDIER (*Anatomie*), DOGNON (*Physique médicale*),
HALPHEN (*O. R. L.*), JAYLE M. (*Chimie médicale*),
M^{lle} J. LÉVY (*Pharmacologie*).

II. — AGREGES EN EXERCICE :

MM.

	N...
Anatomie	DELMAS.
	N... ff DEBEYRE.
	DELARUE.
Anatomie patholo- gique	M ^{lle} GAUTHIER-
	VILLARS.
	BONNET.
Bactériologie	FASQUELLE.
	ETTORI.
Biochimie médi- cale	SCHAPIRA.
Dermato-Syphil. ligraphe	DEGOS.
	COUJARD.
Histologie	DESCLAUX.
	DEBRAY.
Hydrologie	BOYER.
Hygiène	DEPARIS.
Médecine légale .	DÉROBERT.
Neurochirurgie.	PUECH.
Neurologie	DE SÈZE.
	DIGONNET.
Obstétrique	MAYER.
	SUREAU.
	VARANGOT.
Ophtalmologie ...	OFFRET.
Oto-rhino-laryng..	AUBIN.
Parasitologie	BRUMPT, L. C.
	FÈVRE.
Pathologie chirur- gicale	HUGIER.
	LÉGER.

Pathologie chirur-
gicale

Pathologie expér.

Pathologie médi-
cale

Pédiatrie

Pharmacologie ..

Physiologie

Physique médic..

Psychiatrie

Thérapeutique

Agr. ch. d'ens .

Urologie

MM.

PADOVANI.
PATEL.
ROUX.
RUDLER.
SICARD.
N.
MERKLEN.
BROUET.
CACHERA.
DECOURT.
DREYFUS (Gilbert).
FAUVERT.
GARCIN.
HAMBURGER.
KOURILSKY.
LAMY.
LENÈGRE.
MARCHAL.
MAURIC.
SOULIÉ.
LAPLANE.
MARIE (Julien).
CHEYMOL.
BARGETON.
PARROT.
DJOURNO.
BARUK.
BROUET.
COUVELAIRE, R.

III. — PROFESSEURS HONORAIRES ET AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens :

MM. BASSET (*Pathologie chirurgicale*), BRINDEAU (*Obstétrique*)
HUGUENIN (*Anatomie pathologique*), LE LORIER (*Obstétrique*)
GATELIER (*Clinique chirurgicale*), VAUDESCAL (*Obstétrique*).

IV. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent :

	MM.		MM.
Clinique chirurgi- cale	AMELINE. MÉNÉGAUX.	Clinique médicale	HAGUENAU. MOUQUIN.
Clinique médicale	BOULIN.	Clinique obstétri- cale	ECALLE. LACOMME.
		Clinique ophtal- mologique	RENARD.

Secrétaire de la Faculté J. MOREL.
Secrétaire adjoint M^{lle} CHAINTREUIL.

Bibliothécaire en Chef Docteur A. HAHN.
Bibliothécaires M^{lle} DUMAITRE, GOICHON, LAURENT.

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opi-
nions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être consi-
dérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune
approbation ni improbation.*

A MES PARENTS

*Dont l'affection et l'esprit
de sacrifice m'ont permis
d'accomplir mes études.*

A MA FEMME

AUX MIENS

A MES AMIS

et particulièrement au Capitaine JEAN TOUZELET

*En signe de fraternelle
amitié.*

A Monsieur le Professeur LEMAITRE
Professeur de clinique O. R. L. à la Faculté
Oto-rhino-laryngologiste des Hôpitaux

*Pour le remercier du très
grand honneur qu'il m'a fait
en acceptant la présidence de
cette thèse.*

A MON MAÎTRE

le Docteur F. BRETON

Oto-rhino-laryngologiste de l'Hôtel-Dieu d'Orléans

Ancien assistant O. R. L.

de la clinique Notre-Dame de Bon-Secours

*Qui m'a inspiré le sujet de
cette thèse.*

*Qu'il trouve ici l'expression
de ma reconnaissance et de
ma gratitude pour l'enseigne-
ment de tous les instants que
j'ai connu au cours de trois
années d'internat dans son
service.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE BORDEAUX

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE TOURS

A Monsieur le Professeur GUILLAUME LOUIS

A Monsieur le Docteur BONNIN

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX D'ORLÉANS

A Monsieur le Docteur DEROUET
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Orléans

A Monsieur le Docteur LIMOUZI

A Monsieur le Docteur CROIZIER
Radiologue de l'Hôtel-Dieu d'Orléans

A Monsieur le Docteur GOUTALLIER
Médecin de l'Hôtel-Dieu d'Orléans

A MES MAÎTRES EN CHIRURGIE

Monsieur le Docteur CHEVEREAU
et Monsieur le Docteur FAUCHER

Qui, au cours de deux années, guidèrent mes premiers pas en chirurgie avec une bienveillance que je ne saurais oublier.

Contribution au diagnostic de l'âge des oto-mastoïdites du nourrisson, basée sur 160 observations

INTRODUCTION

Le problème du diagnostic de l'oto-mastoïdite.

Nous voulons apporter ici quelques observations cliniques, faites au service d'O.R.L. de l'Hôtel-Dieu d'Orléans, au cours de trois années, et suggérées par 160 cas d'oto-mastoïdites du nourrisson.

Notre attention a surtout été attirée par certains signes tympaniques, marquant chez le nourrisson le passage de l'otite à l'oto-mastoïdite. Dans les colloques avec l'interniste, il nous est apparu que ce dernier semblait souvent penser, qu'il n'existait pas de signes tympanique suffisants pour justifier l'antrotomie. Or ces signes existent précis, constants et ne trompent pas.

L'utilité de leur bonne connaissance est évidente : elle permet de poser assurément la décision opératoire en premier lieu. Elle aide aussi à faire admettre à l'entourage du nourrisson, l'existence de cette complication, et à vaincre les hésitations du méde-

cin traitant. L'attitude de ce dernier est compréhensible ; on lui a parlé durant ses études, d'otites lentes et de mastoïdites occultes. Il a appris que ces états étaient souvent liés à des syndromes de dénutrition, et qu'il fallait dans ces cas avoir l'antrotomie facile.

Dès lors pour son diagnostic, le pédiatre agissait mentalement par exclusion, en un mot, se fiait à son sens clinique pour faire ouvrir un anstre. Y avait-il une hésitation ? on avait recours à la ponction d'anstre (nous verrons plus loin son imprécision qui n'autorise pas à faire reposer le diagnostic sur elle).

Il est juste aussi de dire que l'embarras du médecin traitant n'a pas été levé par l'apparition des sulfamides, puis des antibiotiques fongiques.

En effet, avec une bonne foi digne d'éloge, son enthousiasme, né avec les sulfamides, exultant avec la pénicilline et l'auréomycine, tendait à le convaincre que le problème de l'oto-antrite avait reçu une solution nette, qu'il s'agissait d'une affection destinée à tomber dans l'oubli, à devenir historique.

Il a été déçu et, de toutes parts, les publications et les faits cliniques ont infirmé cette spéculation. L'embarras du médecin restait le même, et le problème entier.

En reconsidérant la question, une chose frappe cependant : la décision opératoire chez le nourrisson n'est pas pour beaucoup fondée sur un diagnostic imposé par la vue. Alors que tout l'effort de la Spécialité est orienté dans le but d'obtenir un diagnostic

précis, au vu de la lésion, l'oto-antrite du nourrisson échappe à la règle. Alors qu'on ne conçoit plus une bronchoscopie sans donner dans la réponse attendue, la bronche segmentaire atteinte, ni un examen de larynx sans une localisation précise des lésions, ni une lésion de l'œsophage, sans son identification visuelle, le diagnostic de l'oto-mastoïdite resterait le plus souvent confié à la plus ou moins grande probabilité.

Cette attitude nous semble une régression. Elle correspond à la vue suivante sur le problème : chacun sait qu'il existe dans certains cas des signes tympaniques, maintenant classiques, auxquels correspond la mastoïdite du nourrisson ; mais chacun admet également que dans un certain nombre de cas, ces signes n'existent pas. On décide alors l'intervention, en se fondant sur des signes tympaniques d'otite, dit-on, et qui ne forceraient pas la main, si la courbe de poids et l'état général de l'enfant ne donnaient l'alarme. On estime alors qu'il y a probabilité d'antrite. Il nous semble, au contraire, que le tympan seul permet et autorise la décision opératoire. Nous voudrions exposer ici notre méthode d'examen et ses résultats.

CHAPITRE PREMIER

METHODE D'EXAMEN ET DISCIPLINE A OBSERVER

Tout a été dit sur cet examen. Encore faut-il rappeler les conditions tenant :

a) à l'enfant enveloppé dans une alèze, tenu allongé par un aide ;

b) à l'opérateur, qui doit être patient, bien éclairé et rester le même lors de tous les examens successifs.

Il doit déterger doucement le conduit auditif, éliminer les squames au contact direct du tympan, avec un fin stylet.

L'examen proprement dit comprend la vision (aidée de la loupe) de chaque portion du tympan, tour à tour passée en revue, puis englobée, chaque fois qu'il est possible, par une vue d'ensemble avec un spéculum plus gros.

La vue se complète du palper avec un stylet boudonné, qui permet une première appréciation de la texture tympanique.

La paracentèse enfin sera faite sous le contrôle de la vue avec une lunette-loupe ; ainsi le tympan n'est jamais quitté du regard au cours de l'incision.

Importance du premier examen tympanique.

Pourquoi ces précautions, pourquoi cette complexité pour un examen et pour une incision, qui paraissent si simples à effectuer ?

Parce que, de ce premier examen, de cette première paracentèse dépendent à notre avis tout l'avenir du petit malade. Le médecin traitant demande en effet s'il y a une otite.

Il est facile de lui répondre par l'affirmative.

Mais, de même que le diagnostic de polypose nasale est un diagnostic de paresse, de même affirmer l'otite, sans pouvoir en fixer le début dans le temps, est faire œuvre de paresse, et de dangereuse paresse. Pour une otite récente, avec les signes que chacun a vu maintes fois, il n'y a pas de difficultés particulières. Non plus d'ailleurs que pour une otite parvenue au stade d'oto-mastôidite, affirmée par les signes tympaniques suivants, que nous allons décrire :

a) chute de la paroi postéro-supérieure du conduit ;

b) polype aigu de la caisse (Bouche), c'est-à-dire, hernie de la muqueuse du promontoire au travers de l'orifice tympanique ;

c) signe du tympan en « pis de vache ».

Description des signes tympaniques classiques de l'otomastoïdite chez le nourrisson.

a) Chute de la paroi postérieure du conduit : c'est une voussure traduisant l'ostéite sous-jacente du mur de la logette, qui répond à ce niveau, à la région de l'aditus. C'est donc une réaction périostée qu'on a sous les yeux. Elle bombe plus ou moins dans le cadran supéro-externe, devant le tympan, tendant à obturer le conduit auditif ; il y a là un signe de très grande valeur, stable durant plusieurs jours :

b) Polype aigu de la caisse : le polype aigu de la caisse nous paraît moins sûr ; il se manifeste par une ectopie de la muqueuse de la caisse du tympan, gonflement monstrueux faisant issue à travers la perforation tympanique, bulle molle et pleine de pus. Elle comble le conduit auditif dans son entier, cachant le tympan à la vue ; en ce cas c'est une image d'abcès en bouton de chemise, l'étranglement étant réalisé par le pourtour circulaire de la perforation du tympan ; il s'agit d'une image plus fugace. Nous avons eu l'occasion d'en voir la signification mise en défaut.

c) Signe du tympan en « pis de vache » : l'aspect dit en pis de vache du tympan est assez évocateur par sa dénomination même. Soit dans la partie haute, soit en pleine membrane tympanique, se détache un monticule, percé d'un cratère, d'où sourd le pus.

Ceci sur un tympan très inflammatoire, accompagné le plus souvent d'une abondante suppuration ; on a ici un signe de valeur, mais non absolu, et assez fugace.

Si nous devons créer une hiérarchie entre ces trois signes, nous les classerions dans l'ordre de valeur suivant : la chute de la paroi postérieure du conduit, qui ne trompe pas ; ensuite le « pis de vache » souvent très sûr, mais trop transitoire ; enfin le polype aigu de la caisse, en dernier.

Les difficultés sont plus grandes avec un nourrisson examiné tardivement, mais pour la première fois, alors que l'affection aurait déjà dû recevoir une sanction. Nous croyons que là réside tout le problème.

Dans ce cas si fréquent chez le nourrisson, les signes tympaniques classiques de passage, que nous venons de rappeler, n'ont pu être observés à temps. Ils n'ont pu être observés à temps, parce qu'ils sont transitoires. Ils durent parfois, vingt-quatre heures, au plus ; si on a la chance de les observer une seule fois, au cours d'une série d'examens, il faut savoir s'en souvenir. Ils ont signé à sa date l'ostéite ; et si l'évolution ultérieure peut parfois faire différer l'intervention, ils devront commander la décision en définitive ; on ne le regrettera pas. De là l'importance d'examens répétés et, d'une même otologiste (rappelez que c'est l'examen du tympan le plus atteint qui emportera la décision opératoire, bilatérale presque toujours). Et c'est cet examen comparatif renouvelé, qui donnera un relief plus grand au tympan.

Des signes infimes auront, par comparaison, par balance, pour nous une résonance nouvelle.

En clientèle de ville, ce sont ces otites qu'on voit évoluant bruyamment, et chez lesquelles, en temps voulu, l'attention est attirée sur l'état auriculaire. Ce sont des otites sthéniques, pour lesquelles les signes classiques, déjà décrits, sont nettement et facilement observés.

A l'hôpital, en crèche, l'oto-mastoïdite est très fréquente ; on en sait les raisons essentielles : les contagions, et surtout, le fait pour le nourrisson de prendre ses biberons, allongé dans son petit lit. Comme nous l'avons dit, chez ce nourrisson, on observe rarement les signes classiques, parce qu'ils passent souvent inaperçus. Le manque d'examens en temps voulu, le caractère transitoire des signes n'en est pas la seule raison. Chez ces enfants, qui sont de mauvais terrains, l'infection oto-mastoïdienne est moins objective, plus amortie, cependant toujours visible. Chez eux, les signes classiques peuvent n'être jamais apparus et ceux qui décèlent l'oto-antrite sont alors ceux de l'oto-mastoïdite, évoluée tardivement. Ces tympanes peuvent avoir un aspect prématurément vieilli ; ils n'en sont pas moins visibles pour cela. Ce sont ces signes que nous décrirons.

Les signes tympaniques des oto-mastoïdites diagnostiquées tardivement.

Les mastoïdites latentes sont donc des mastoïdites diagnostiquées tardivement ; chez elles le tympan a vieilli, ses signes se sont faits plus discrets, alors même que l'état général de l'enfant attirait tous les regards.

Cet état général souvent dramatique, fait de l'examen du tympan et de la paracentèse, un diagnostic d'urgence dans bien des cas.

Donc, en fait, c'est l'examen du tympan qui va faire le diagnostic sur cet enfant dénutri, et en mauvais état. C'est lui qui rompra l'incertitude où se trouve le médecin traitant ; car l'état-civil du tympan n'est ni mystérieux ni clandestin.

Ces images tympaniques particulières, que nous allons décrire, ont toutes un caractère commun : le degré plus ou moins grand d'infiltration de la membrane tympanique. L'analogie est évidente avec ce qui se passe au niveau des membres. Une suppuration profonde, qui se prolonge, crée des tissus lardacés, une peau épaissie.

De même le tympan, qu'un premier examen montrera à peine modifié (pas de triangle lumineux, empâtément discret au niveau du manche du marteau, sertissure mal visible) s'enfoncera au contact du stylet, sans se rompre, donnant la sensation mollassée de la muqueuse d'un cornet allergique. Et, de ce

tissu vieilli, la paracentèse ne fera sourdre qu'une goutte de pus, qu'un peu de sérosité, parfois rien. D'autres fois, en soulevant de la pointe de la lancette, une des moitiés du tympan, on apercevra un peu de pus adhérent au fond de la caisse. Si on examine quelques jours durant ce tympan, on verra le plus souvent subsister un orifice rond, aux lèvres épaisses. Et cette collerette pâle, œdématisée, d'où le pus s'échappe goutte à goutte, rappelle irrésistiblement l'aspect d'un méat urinaire. Cet aspect évolutif peut s'estomper, l'orifice se rétrécir, les lèvres de celui-ci s'amincir. En allant plus loin, le tympan peut se refermer. Nous verrons plus loin que ce n'est pas un signe de guérison, mais le signe de l'exclusion de la caisse. L'infiltration : voilà une qualité du tympan, au delà du stade normal d'antrite. Parfois encore, un tympan d'aspect infiltré, mollasse à la palpation, révélera à la paracentèse une singulière propriété : il s'enfoncera sous l'aiguille, qui semble rebondir sur lui. On parvient à l'inciser, après avoir eu une sensation de rénitence élastique.

Mais ce sont des aspects bien spéciaux, pathognomoniques à notre point de vue, de cet état, que nous voulons signaler. Il reste bien entendu toutefois, qu'on peut retrouver au delà du quatrième septenaire, les signes classiques déjà décrits. Mais le plus souvent ce seront les aspects suivants :

Description des signes tympaniques particuliers à l'otomastoïdite du nourrisson au delà du quatrième septenaire.

PREMIER TYPE : *aspect mamelonné du tympan.*

C'est un tympan qui bombe, mais qui ne bombe pas en masse ou au niveau de la sertissure, comme un tympan fraîchement touché ; il bombe par place, présentant des vallonements, des méplats. On a l'impression d'une petite formation anthracôide. Au stylet, ce tympan résiste, il n'est pas dépressible, il ne fluctue pas. Il y a sous lui un peu de pus grumeleux, qui le soutend.

DEUXIÈME TYPE : *aspect du tympan en papier mouillé.*

C'est un tympan d'aspect général atone. A la paracentèse on a la surprise d'avoir de réelles difficultés à l'inciser. Le tympan est mollement plaqué sur le promontoire, se modelant sur lui. L'aiguille le transperce, le soulève, le déchire, plus qu'elle ne l'incise. Il n'y a pas de pus derrière, ou une goutte seulement, qu'on trouve en la cherchant, en soulevant ce voile. C'est un tissu mort, qui voile à peine la caisse, tant sa mollesse dessine les reliefs de celle-ci.

TROISIÈME TYPE : *perforation atone du tympan.*

C'est un aspect très différent, moins fréquent aussi. Au delà d'un tympan présentant une perforation atone, on aperçoit sur le promontoire, le plus souvent, quelques granulations, ou un ou deux bourgeons minuscules ; de façon plus complète, c'est une perforation circulaire à bords pâles, siégeant sur un tympan grisâtre ou bleuâtre. A travers cette perforation, quelques granulations brillent sur le promontoire, témoignant de leur réplétion humide et septique. Ou bien ce sont de petits bourgeons qu'on aperçoit.

Le tympan paraît en sommeil et, si l'on s'arrête à lui, il n'évoque rien, mais derrière le fond de la caisse, accroche la lumière du miroir et témoigne de ce qu'il y a d'évolutif près d'elle.

Ce troisième type de tympan d'antrite montre bien que la caisse peut être exclue ; ce n'est plus un tympan, fenêtre ouverte sur l'antré, c'est tout au plus un tympan réponse. Le mécanisme d'exclusion de la caisse est aisé à comprendre, lorsqu'on sait l'existence d'un diaphragme inter-artico-tympanique, créant deux zones superposées : l'une haute, l'attique, où débouche l'aditus ; l'autre basse, la caisse. Le minuscule pertuis qui les fait communiquer (deux ou trois millimètres de diamètre) finit par être obstrué par les bourgeons, que fait naître une suppuration prolongée.

Ainsi s'explique que l'on puisse voir une caisse sans pus et une antrite constatée à l'intervention. Et

même qu'au bout d'une longue période (plusieurs mois) un tympan puisse retrouver par places une certaine intégrité, et craquer sous l'aiguille à paracentèse, alors que l'intervention montre les lésions de la mastoïde. Une de nos observations illustrera ce cas.

Encore une fois, en l'absence des signes classiques, ce sont ces différents aspects, que nous avons rencontrés avec une constance telle, qu'il nous a paru bon de les signaler. Ils nous ont été assez fidèles pour que nous pensions que ce sont bien eux, les témoins toujours présents d'une antrite, qui a dépassé la période d'état.

Nous insistons sur le fait que les images tympaniques, que nous nous sommes efforcés de définir, sont à elles seules, une indication nécessaire de l'acte opératoire. Elles nous semblent pathognomoniques.

C'est assez dire l'importance que nous attachons au premier examen du tympan, à la première paracentèse, qui doit donner souvent la date de début de la manifestation auriculaire. Cet acte doit être réservé à un spécialiste averti, et non au médecin traitant, sous peine du risque grave d'un diagnostic sans signification, celui d'otite ; sous peine aussi d'accomplir une simple paracentèse, là où il faut d'emblée une mastoïdectomie ; sous peine enfin d'une paracentèse faite à tort sur un tympan indemne.

Cette dernière erreur provoquant un suintement tympanique, pouvant créer le doute dans l'esprit de la famille, puis dans celui du médecin, et plonge

le nourrisson dans le cycle infernal dont parlait Bourgeois.

On comprendra dès lors notre prévention contre les ponctions exploratrices, tant à la lancette qu'à l'aiguille. Les risques sont les mêmes qu'avec la paracentèse, avec en plus l'incertitude que fait éprouver l'existence de nombreux cloisonnements de la caisse, chez le nourrisson.

Chacun sait qu'un tympan qui donne un fin crépitement, au début de la paracentèse, peut livrer, quelques millimètres plus haut, une goutte de pus, témoignant d'une atteinte de l'attique.

C'est donc une question de tout ou rien : l'examen justifie ou ne justifie pas la paracentèse. Enfin les résultats de l'examen et de la paracentèse sont toujours suffisants pour le diagnostic.

Nous n'avons donc pas utilisé la ponction d'antré : nous n'en avons pas eu besoin. Par ailleurs, en lui-même, cet examen nous a semblé dans son principe trop incertain. Il peut, en effet, donner une preuve en faveur de l'antrite (contact ostéique), mais n'assure jamais qu'un résultat négatif, exclut l'antrite. En effet, c'est l'interprétation de la ponction qui est difficile. On peut aspirer du pus : c'est un signe de présomption seulement, l'antré pouvant être seulement un réceptacle. On peut retirer du sang, il y a peut-être antrite. On peut avoir un contact sec et franc de l'os, et ne rien aspirer. Chacun sait que l'ostéite peut être discrète, localisée dans une zone, que la ponction n'atteint pas. Il nous semble, comme

l'a dit Lemoyne, que la ponction d'antre ajoute un doute au problème, parfois angoissant, posé par l'otomastoïdite.

Nous n'y avons jamais eu recours pour cette raison. Et surtout, parce que, si les signes deviennent plus discrets, et très spéciaux, à mesure que les défenses de l'organisme s'effondrent, et que l'antrite évolue au delà de son temps d'opérabilité normale, ces signes nous paraissent nets et suffisants cependant.

Le tympan reste donc ce qui décidera.

Cependant, nous devons maintenant donner ici aux anamnèses leur place, qui est de tout premier plan.

CHAPITRE II

LES ANAMNESES

Les anamnèses semblent de tout premier ordre. Un écoulement antérieur de plusieurs semaines à l'examen, serait une précieuse indication. Dans la pratique, il faut bien le dire, on ne possède presque jamais de renseignements précis. La famille ne sait pas, si les oreilles de l'enfant ont coulé ; souvent elle ne veut pas le dire (elle se reproche une négligence, et ne retrouvera l'épisode oublié, qu'après l'heureux dénouement de l'enfant opéré et convalescent) ; on pourra par contre relever une poussée dentaire, une bronchite dans un passé plus ou moins proche. Il faudra en tenir compte. En réalité tout épisode fébrile dans les mois qui précèdent doivent être suspectés, et le passé digestif du nourrisson inspecté. Combien de nourrissons vomisseurs, marasmiques depuis des mois, le doivent à une antrite, à laquelle l'absence de tout examen tympanique n'a pas fait penser.

De là encore une fois l'importance de l'interrogatoire de la famille ; on devrait presque dire de sa confession. Il faut être minutieux, précis sur les

points importants, recouper les dires des différentes personnes de l'entourage, leur faire admettre dès ce premier entretien, que leurs réponses sont importantes. On a à effectuer un diagnostic d'urgence. Il faut que l'interrogatoire procède de la même minutie que celle adoptée devant un syndrome abdominal dramatique.

Il existe enfin d'autres signes pouvant confirmer le diagnostic : nous voulons dire l'étude de l'écoulement auriculaire, et celle des courbes de température.

L'écoulement auriculaire.

Les conclusions à tirer de l'examen du pus, nous ont semblé importantes dans quelques cas. Du pus épais, granuleux, porteur de petits bourbillons, semble-t-il, nous a paru un signe d'ostéite sous-jacente probable. Mais un écoulement très particulier peut presque à lui seul faire le diagnostic de mastoïdite : c'est l'écoulement sanglant de teinte chocolat. Certes après une paracentèse, l'écoulement reste sanglant ou strié de sang, durant 12 à 24 heures. Mais dans certains cas, trois ou quatre jours après la paracentèse, parfois aussi spontanément, cet écoulement brunâtre s'installe. Ce pus a une odeur fétide, mais ce qui nous a paru très spécial c'est l'odeur présenté parfois par l'enfant tout entier : odeur de pouillierie chez un enfant propre, odeur tenace, distinctes de

l'odeur auriculaire, et qui ne disparaît que lors de l'intervention. Il ne nous a jamais trompés, et il est d'observation très courante.

La courbe de température.

Il reste à envisager les probabilités, que peut fournir l'examen d'une centaine de courbes de température. Il s'agit le plus souvent d'une courbe, s'échelonnant sur plusieurs septenaires.

Elle est celle d'un nourrisson vomisseur, entré à l'hôpital pour hyperthermie et syndrome cholérique, plus ou moins accentué.

Nous avons déjà dit les difficultés de l'anamnèse. En d'autres termes, la courbe de température ne commence pas le jour de l'entrée à l'hôpital ; elle comporte avant une part d'inconnu, d'un intérêt considérable, sur lequel nous nous sommes déjà expliqués, et qui fait du premier examen, un examen d'urgence. Pendant son séjour à l'hôpital, le nourrisson atteint d'oto-antrite nous semble faire ce que Levesque, parlant du syndrome neuro-toxique d'origine auriculaire, a défini comme des *ondes infectieuses successives*.

Le nourrisson apyrétique, ou présentant une faible pyrexie vespérale, voit sa courbe de température, monter en dôme, puis redescendre suivant une image à peu près symétrique à celle de son ascension.

Une nouvelle période d'apyrexie relative s'ins-

talle, jusqu'à l'apparition d'une nouvelle onde infectieuse.

La troisième onde sera plus rapprochée dans le temps de la seconde, que ne l'était la seconde de la première. Et dans le temps les ondes deviennent plus serrées, subintrantes. Il est à peine besoin de dire, qu'il est plus dangereux d'avoir attendu ce moment pour intervenir. On a alors affaire à un nourrisson surinfecté, chez lequel la chasse des toxines et le shock provoqué par l'intervention, risquent d'être mortels.

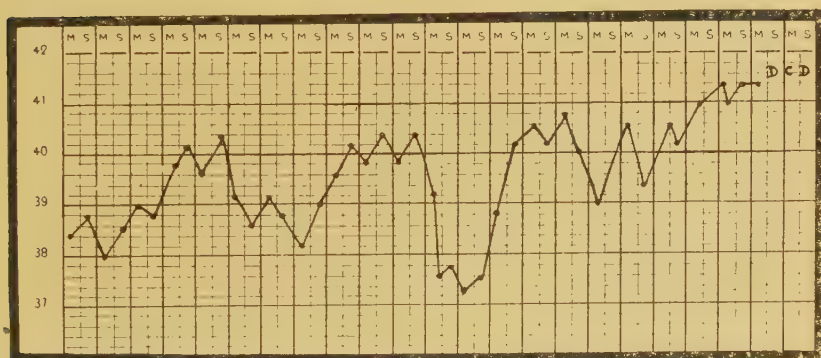


FIG. 3. — Ondes « subintrantes ».

Encore une fois est mise en évidence, l'importance de l'examen tympanique, qui permet de dire si l'onde inscrite la première est bien la première en date ; ou au contraire, si l'on doit penser qu'elle n'est qu'une onde parmi d'autres, antérieures, et non connues.

La courbe de poids, pour sa part, reste station-

naire, ou s'évase vers le bas, dès la première onde thermique.

(Ce sera un bon indice de reprise de l'état général, que la rencontre et la cassure en x des courbes de température et de poids.)

Ces courbes sont toutefois le fait d'enfants ayant gardé un certain potentiel vital ; chez les sujets vraiment faibles, marasmiques, les ondes infectieuses s'amortissent et s'aplatissent parfois au point de constituer des courbes anarchiques, sans systématisation possible.

Tel nous paraît être l'aspect typique des courbes d'oto-antrites. Est-il besoin de dire qu'elles ne sont influencées par aucun antibiotique, et que tous nos nourrissons opérés l'avaient été après des doses de pénicilline dépassant plusieurs millions d'unités ? Cette remarque étant valable pour la streptomycine et également l'auréomycine, pour un nombre de cas forcément plus restreint dans notre statistique.

Le diagnostic tympanique règle donc seul, la question de l'âge du tympan, du même coup celle de l'état mastoïdien et de la décision à prendre.

CHAPITRE III

REMARQUES TOUCHANT LA NEURO-TOXICOSE DU NOURRISSON

Nous avons évoqué les formes les plus fréquentes d'atteinte auriculaire, celles qui progressivement intoxiquent l'enfant, le plongent dans un état de dénutrition, et ne cessent qu'avec l'antrotomie.

La neuro-toxicose du nourrisson est une affection autonome et bien différente, dont la définition suivante a été donnée par Lemarié :

« C'est un syndrome malin débutant brutalement chez un enfant rarement âgé de plus de 6 mois, et en pleine santé. L'enfant est shocké, adynamique, se déshydrate avec une grande rapidité, atteint d'une diarrhée intense. Parfois cet état prend une forme cérébro-méningée, proche du coma diencéphalique ».

Nous voulons nous borner aux remarques suivantes à son sujet. Il a été écrit, bien des fois, que les lésions minimales trouvées à l'antrotomie ne correspondaient pas au tableau intense et dramatique que l'on sait.

Il n'y a là logiquement rien d'étonnant. Comment

peut-on attendre d'une affection aussi brutale, installée en quelques heures sur un nourrisson en pleine santé, des lésions d'ostéite ? c'est peu concevable ; et, à la vérité, chaque fois qu'il nous a été donné de rencontrer un syndrome neuro-toxique d'origine nettement auriculaire, l'atteinte nous a paru essentiellement otitique.

Lorsque les signes tympaniques ont poussé à l'antrotomie, ce sont des lésions très particulières que nous avons trouvées : la muqueuse tapissant l'antre semblait dégénérée et avait un aspect kystique. Nous n'avons jamais trouvé d'ostéite. Il nous semble que ce qui a pu être écrit de contraire sur ce sujet, l'a été sans tenir compte de la définition rigoureuse de Lemarié, citée plus haut. Souvent même, sans observer la règle de l'âge si importante, il n'y a plus de syndrome neuro-toxique passé le sixième mois, mais seulement des enfants intoxiqués, parfois très gravement, par leur oto-mastoïdite.

La notion d'épidémie de neuro-toxicose enfin, impose à l'esprit l'idée d'un virus non connu, et le caractère neurotrophe de ce virus distinguerait encore s'il le fallait cette affection très spéciale, des manifestations toxiques pouvant accompagner une antrite banale.

OBSERVATIONS

OBS. I

Monique Po..., 4 mois.

Entrée à l'hôpital le 25 janvier 1951 pour déshydratation, diarrhée et vomissements, remontant pratiquement à la naissance.

Examen : Enfant d'aspect médiocre, teint terreux, diarrhée abondante, déshydratation ++. Température, 39°4. Le reste de l'examen est négatif.

O. R. L. : Paracentèse bilatérale, les tympans droit et gauche sont ternes, amollis, flaccides ; ils moulent le fond de caisse suspendus au manche du marteau. Traces de pus visibles en soulevant une des lèvres de l'incision. Enfant mise à l'auréomycine..

Le 30 janvier 1951 : Mastoïdectomie bilatérale, lésions importantes, étendues très antérieurement aux cellules zygomatiques, enclume entourée de fongosités.

OBS. II

Chantal P..., 1 an.

Enfant entrée pour phénomènes pulmonaires subaigus, le 27 février 1950.

Examens cliniques : pratiquement négatifs.

O.R.L. : Paracentèse bilatérale. A gauche, tympan épais très infiltré, laissant sourdre une goutte de pus. A droite, tympan d'aspect mamelonné.

Le 6 mars 1950 : Mastoïdectomie bilatérale, lésions étendues à tous les groupes cellulaires existant.

OBS. III

Danielle D., 3 mois ; poids, 3.925 grammes.

Entrée le 21 avril 1950, pour vomissements.

Examens : Enfant d'aspect médiocre, né à terme, présentant un retard pondéral. Température, 39°.

Poumons, cœur, gorge : rien à signaler. Ni foie, ni rate, ni diarrhée.

Vue le 24 avril en O.R.L. : tympons mamelonnés. Paracentèse, pus.

Intervention positive des deux côtés, le 27 avril.

OBS. IV

Ginette R., 4 mois.

Enfant dénutrie, examinée en O.R.L. le 26 mars 1951.

Tympan gauche : perforation atone, par laquelle on perçoit de petites granulations brillantes, sur le promontoire. Pas d'écoulement.

Tympan droit : aspect terne, empâtement au niveau du manche du marteau.

Paracentèse : tympan très infiltré ; pas de pus.

Intervention le 30 avril : Mastoïdes bourrées de fongosités pâles, gélatiniformes, pus verdâtre dans l'antre et l'aditus.

OBS. V

Nelly H., 20 mois.

Entre le 3 février 1951, pour chute sur la tête. Température, 39°.

Examen : Belle enfant ; eczéma du cuir chevelu et de la face, raideur de la nuque. PL : liquide trouble. O.R.L. : à droite, voussure de l'angle postéro-supérieur du conduit ; à gauche, tympan en papier mouillé.

Résultat de la PL : pneumocoques ++.

A l'intervention : Mastoïdite bilatérale ; les lésions semblent anciennes.

OBS. VI

Régis P..., 4 mois.

Entré le 26 mai 1949 ; vomit depuis sa naissance. Le lendemain, perfusion décidée, devant la déshydratation, le 2 juin.. Persistance de la température à 39°. Agitation, tête roulant sur l'oreiller.

* Le 3 juin : O.R.L., paracentèse sur deux tympans amincis, d'aspect en papier mouillé.

Intervention positive le 5 juin.

OBS. VII

Nicole S..., 2 mois 1/2. Poids, 3.900 grammes.

Enfant malade depuis l'âge de 8 jours. Aurait fait de nombreux épisodes pathologiques où dominent les notions de rhino-pharyngite, eczéma et pyodermite. Régime. Eledon.

Vue en O. R. L. le 9 mars 1948 : Enfant très agité.
Température à 40° depuis plusieurs jours.

Examen tympanique : Tympan gauche subnormal
(pas de tâches lumineuses, reliefs normaux et bruits
de tambourin percé). A droite : tympan légèrement
mamelonné.

A l'intervention : Mastoïdite bilatérale.

CONCLUSIONS

I. — L'examen otoscopique est la condition suffisante du diagnostic de mastoïdite.

II. — Cet examen, dans les cas de nourrissons en état de dénutrition, ou atteints de neuro-toxicose, est un diagnostic d'urgence.

Cet examen doit être :

 systématique,
 bien réglé,
 effectué par un otologiste.

Il doit pouvoir répondre à deux questions :

 intégrité ou état pathologique du tympan,
 l'âge de cette atteinte pathologique.

III. — Il existe des signes classiques d'oto-mastoïdite connus, faciles à déceler, qui sont l'expression des formes dites sthéniques.

IV. — Dans certains cas et en particulier dans le cas des otites asthéniques d'hôpital et de crèche, ces

signes tympaniques classiques marquant le passage de l'otite à la complication mastoïdienne ne sont pas perçus. C'est que l'attention n'a pas été attirée à temps sur le tympan, mais trois signes marquent de façon certaine, fidèle, constante, l'existence de la mastoïdite, ce sont :

1. *le tympan mamelonné,*
2. *le tympan en papier mouillé,*
3. *la perforation tympanique atone, avec fond de caisse bourgeonnant.*

V. — L'examen du tympan permet donc seul la décision opératoire. Les anamnèses reconstituées par l'interrogatoire, la confession des parents, sont d'une très grande importance.

L'étude de la courbe de température, avec ses ondes infectieuses successives, fournit un élément d'importance ; mais seul l'examen du tympan permet de dire, si l'onde à laquelle on assiste est la première.

VI. — La neuro-toxicose, lorsqu'elle est d'origine auriculaire, est presque toujours otitique. Lorsqu'il existe des lésions mastoïdiennes, il n'y a pas d'ostéite vraie.

VII. — Statistiques :

Sur 180 cas d'oto-mastoïdites, erreurs opératoires : trois cas.

Sur ces 3 cas :

une erreur absolue,

deux interventions à la demande du pédiatre
et pour lesquelles nous avons la certitude
d'une antrotomie blanche.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LEMAITRE.

Vu :

LE DOYEN,
Léon BINET.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
SARRAILH.

BIBLIOGRAPHIE

- TRUFFERT. — L'Attique (Anatomie).
- LE MEE, BLOCH, CAZ-EJUST. — Otites latentes chez le nourrisson (Rapport au Congrès de la Société française O.R.L., 1925).
- VESSELE. — L'otite du nourrisson (Thèse Paris, 1925).
- LEMARIEY. — Le syndrome neuro-toxique du nourrisson (*Annales O. R. L.*, mai 1948).
- MARQUEZY et LADET. — Le syndrome malin au cours des toxi-infections (X^e Congrès des Pédiatres de langue française, Paris, 1938).
- RIBADEAU-DUMAS, RAMADIER, GUILLON et LE PELLETIER. — La mastoïdite du nourrisson (*Société de Pédiatrie de Paris*, janvier 1936).
- CATHALA, LAPLANE, MARTROU et CLERC. — Sur la mastoïdite du nourrisson (*Arch. franç. de pédiatrie*, 1946, n° 1).
- JOSEPH. — Syndrome neuro-toxique du nourrisson (E. M. C., fasc. n° 4.033).
- BOUCHE. — Indications techniques et résultats de l'antrotomie dans les mastoïdites du nourrisson (Thèse, Paris, 1943).
- L'HIRONDELLE. — La ponction de l'antre mastoïdien (*Annales O. R. L.*, n° 1, 1942).
- LEVESQUE et LAFOURCADE. — La pharyngite sub-aiguë neuro-toxique essentielle (*Bulletin médical*, mai 1948).

- BERNHEIM, MAIOUX et H. MARTIN. — De la notion de contagion dans l'oto-mastoïdite du nourrisson. Histoire d'une crèche (*Lyon médical*, n° 32).
- BOURGEOIS (R.) et FRANCK (G.). — L'antrite dans le syndrome athrepsique du nourrisson. Le lavage d'antré (*Sem. des Hôp.*, Paris, n° 11, 19).
- BRAULT. — Contribution à l'étude de l'oto-mastoïdite du nourrisson (Thèse, Paris, oct. 1944).
- BOURGEOIS (R.). — Les oto-mastoïdites du nourrisson (*Sem. des Hôp. de Paris*, 15 : 375-381, oct. 1939).
- CAUSSADE et HENRY. — Considérations sur l'oto-mastoïdite des nourrissons (*Gazette méd. de France*, t. 53, n° 8 ; 2° n° d'avril 1946).
- CAUSSE. — L'oreille et la mastoïdite du nourrisson (projections). (*Annales O. R. L.*, n°s 10, 11, 12, oct., nov., déc. 1943).
- CHATELLIER et LEMOINE (J.). — Description du diaphragme attico-tympanique du nouveau-né. Son rôle dans les oto-mastoïdites du nourrisson (*Société de Laryngologie des Hôp. de Paris*, 18 juin 1945, in : *O.R.L. int.* n° 12).
- CROOPER (E. C. T.). — Observations sur l'otite moyenne de la mastoïdite des jeunes enfants (*Archives of disease in childhood*, Londres, 19 sept. 1944).
- DAMIAN (Paul). — Contribution à la thérapeutique de l'oto-mastoïdite du nourrisson en tant qu'elle reste maladie locale (Thèse de Paris, 1943).
- DEBRÉ. — Le problème des oto-mastoïdites du nourrisson ; divergence d'opinion parmi les pédiatres français (in : *Presse médicale*, n° 58, 30 nov. 1946).
- DESPONS (Jean). — L'oto-antrite du nourrisson (*Journal de médecine de Bordeaux*, n° 4, avril 1947).

- EVARD (J.). — Contribution apportée par la radiologie au diagnostic et au pronostic de l'oto-mastoïdite de la première enfance (Thèse de méd. de Paris, 1943).
- FISSINGER (Charles). — Les oto-mastoïdites du nourrisson (*Journal des Praticiens*, n° 35, 20 déc. 1946).
- LALEMANT (M.), BËLLE (R.). — Essai d'une méthode objective de diagnostic de l'antrite du nourrisson (*L'Orient. méd.*, n° 3).
- LAPLANE. — Complications pulmonaires des oto-mastoïdites du nourrisson (in : *O.R.L. Internationale*, n° 1, janv. 1942).
- LASSERRE (G.). — Considérations sur les antrites et adénoïdites du nourrisson (Thèse de méd. de Paris, 1943, n° 167).
- LEATHART (P.-W.). — Diagnostic and treatment of infantile mastoiditis (*Brit. Med. J.*, 2, 723-724, 7 oct. 1939).
- LEROUX-ROBERT (J.) et RAMARONI (J.). — Les oto-mastoïdites du nourrisson et de l'enfant au cours des maladies contagieuses (In : *Annales O. R. L.*, ns° 4, 6, avril, mai, juin 1943, p. 32-43).
- LEVESQUE (J.) et LAFOURCADE (J.). — Le problème de l'antrotomie dans les états neuro-toxiques du nourrisson (*Le Nourrisson*, n° 3, mai-juin 1947).
- LEVESQUE (J.), DAILLY (R.), BËSWILLWALD. — Lésions cérébro-méningées, arachnoïdite opto-chiasmatique au décours des oto-mastoïdites du nourrisson (In : *Arch. franç. de Pédiatrie*, t. III, n° 4, 1946).
- LEVESQUE (J.) et MOTTE. — Méningites à pneumocoques, complications de l'oto-mastoïdite du nourrisson (*Bulletin Méd.*, n° 8, 15 janv. 1943).

MARFAN (A.-B.). — Note sur les suppurations de l'oreille moyenne et de la mastoïdite chez le nourrisson et le nouveau-né (*Le Nourrisson*, n° 5, sept. 1941).

MAYOUX (R.). — Les signes otologiques dans la mastoïdite du nourrisson (*Journ. de Médecine de Lyon*, n° 689, 20 sept. 1948).

MOURIQUAND (G.), WENGER (G.), GIGNOUX (M.). — A propos de 75 cas de mastoïdite chez le nourrisson (*Journal de Méd. de Lyon*, n° 607, 20 avril 1945).

NETER, MEUBURGER, SHORT (M.-L.). — Otite moyenne et mastoïdite chez l'enfant (*Arch. of. Otolaryng.*, Chicago, avril 1942).

OMBRÉDANNE (Marcel). — Œdème cérébral à forme corticale compliquant une oto-mastoïdite aiguë. Large décompression temporale. Guérison (*Arch. franç. de Pédiatrie*, t. II, n° 5, 1944-1945).

SEGRET. — Oto-mastoïdites des nourrissons (Thèse de Paris, 1948).

SOREL, LEVRAT. — Le rôle des oto-mastoïdites dans les toxicoses du premier âge (*La Vie méd.*, n° 6, juillet 1948, p. 92).

LEVESQUE (J.), DAILLY (R.), BÆSWI WALD (M.). — Lésions cérébro-méningées arachnoïdite opto-chiasmatique au décours des oto-mastoïdites du nourrisson (*Arch. franç. de Pédiatrie*, t. III, n° 4, 1946).

BERNHEIM (M.), FRANÇOIS (R.), DELLAC (P.). — Les perfusions massives du sang dans le traitement des toxicoses et des oto-antrites du nourrisson (*Réunion Lyon de Péd.* Séance du 21 nov. 1948. In : *Pédiatrie*, t. IV, n° 3, 1949, p. 291-256).

CHAVANNE (Louis). — Point de vue sur la mastoïdite du nourrisson (*O.R.L. Internationale*, n° 11, novembre 1948, p. 197-205).

PLISNIER (H.). — Les oto-mastoïdites du nourrisson. Statistique (*Bruxelles Méd.*, n° 43, 23 oct. 1949, p. 3187-3191).

REBATTU et GAILLARD (J.). — Les lésions de la pointe mastoïdienne chez l'enfant, à propos de 3 observations (*Soc. O.R.L. de Lyon et de la région*, séance de février 1948, *Lyon Méd.*, n° 5).

CATHALA (J.), LORAIN et Mlle MOREL. — Oto-mastoïdites latentes et états de dénutrition aigus chez les nourrissons (*Bulletin Soc. de Péd. de Paris*, 34 : 505-519, oct. 1936).

THIBEAUDEAU (R.). — Choléra infantile et mastoïdite latente (*Union méd. du Canada*, 69 : 588-593, juin 1940).

LEMOYNE (J.). — Petits points de technique et rôle de la pénicilline dans l'antrotomie du nourrisson (*XLV^e Congrès Français d'O.R.L.*, Paris, 21, 22 et 23 oct. 1946. In : *La Presse Méd.*, n° 58, 30 nov. 1946, p. 797).

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	11
<i>Chapitre premier.</i> — Méthode d'examen et discipline à observer	15
Importance du premier examen tympanique..	16
Description des signes tympaniques classiques de l'oto-mastoïdite chez le nourrisson	17
Les signes tympaniques des oto-mastoïdites diagnostiquées tardivement	20
Description des signes tympaniques particuliers à l'oto-mastoïdite du nourrisson au delà du quatrième septenaire	22
<i>Chapitre II.</i> — Les anamnèses	27
L'écoulement auriculaire	28
La courbe de température	29
<i>Chapitre III.</i> — Remarques touchant la neurotoxicose du nourrisson	33
OBSERVATIONS	35
CONCLUSIONS	39
BIBLIOGRAPHIE	43